



CME

mode d'emploi

Retrouvez tous les guides et kit informations
médicales sur www.fhp.fr



FHP

FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE

Edito

Le secteur de l'hospitalisation privée promeut un modèle très spécifique qui fait sa force, bâti sur la relation entre les médecins et les directions des établissements. Cette association est notre bien commun, car elle garantit à la fois l'efficacité de la gestion entrepreneuriale des hôpitaux et cliniques privés, et l'esprit d'initiative et de responsabilité des praticiens.

Ce modèle partenarial fonde notre capacité commune à adapter nos outils et nos activités aux besoins des patients, à anticiper l'évolution des structures et des techniques, et à prendre en compte les nouvelles règles de l'organisation sanitaire.

Plus que jamais, ce mode de fonctionnement est une vraie solution pour l'offre de soins et pour le futur de notre système de santé.

Ensemble, nous sommes le prototype de l'articulation ville-hôpital, clé de la mise en œuvre des parcours.

De nombreuses réflexions prospectives doivent dès à présent réunir médecins et directions d'établissement. Nous avons à proposer et construire ensemble les évolutions vers le parcours de soins, et à relever les défis de la qualité prouvée des pratiques et de la pertinence des actes, sujets sur lesquels nous devons être moteurs.

Cette édition réactualisée du Guide CME a été élaborée conjointement par la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée et la Fédération de l'hospitalisation privée. Elle nous permet de prendre pleinement la mesure des mutations de notre environnement, et de l'importance et de la richesse de notre communauté de destins. ■

Lamine Gharbi

Président de la FHP

Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation privée

Le guide paru en 2011 a déjà sept ans, il a été et est toujours un outil fréquemment utilisé à la fois par les directions d'établissements et les CME. Compte tenu de ce constat il est apparu judicieux de le mettre à jour au regard de la réglementation qui ne cesse d'évoluer.

Les missions des CME sont toujours principalement centrées sur la gestion des risques et la sécurité du patient. Cela fait partie fondamentalement de notre exercice quotidien et du service rendu à nos patients. Parfois l'encadrement réglementaire pesant est source de rigidité. Cela peut influencer nos comportements et nos relations avec la direction d'établissement. Il serait délétère d'oublier les missions de la CME et de ses médecins car elles sont des éléments de discussions positive et de co-construction.

Il appartient donc aux médecins aux CME, et aux directions d'établissement d'établir en bonne intelligence ce dialogue constructif. La pertinence des actes et des prises en charges, ainsi que la construction des parcours de soins constituent aujourd'hui des exigences prioritaires pour les tutelles. Les médecins sont de fait des acteurs majeurs en la matière. Il est clair que les médecins des établissements privés qui exercent pour une majorité à la fois en médecine hospitalière et en médecine de ville ont une double compétence, atout fondamental dans la construction des parcours de soins. En prendre conscience c'est reconnaître un point fort pour exister à côté des GHT publics.

Ce guide enrichi pour y intégrer les évolutions du système de santé, est dans la continuité de l'édition précédente. Il remet en avant, encore et encore, la relation type « binôme » direction encadrement - CME déclinée dans les différents projets qualité, gestion des risques. Il est construit avec des conseils et des éléments de réponse aux questions les plus fréquentes des CME comme des directeurs.

La philosophie de l'accompagnement plus que la directive est toujours la colonne vertébrale du guide, il faut que les établissements et les CME s'en emparent comme tel.

Encore un grand merci à ceux qui ont contribué à cette mise à jour, au travers d'un groupe de travail piloté par le Professeur Henri Escojido. Comme pour la première édition, l'écoute et le respect des différents partenaires ont permis de faire évoluer un guide qui vraisemblablement n'en est pas à sa dernière édition... ■

Docteur Jean-Luc Baron

Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME

Sommaire

Préambule : histoire, évolution, grands principes, travailler ensemble	5
Missions	6
Participation des médecins au projet médical d'établissement	7
Implication dans la politique de gestion des risques	8
Relations avec les usagers	19
Participation à la démarche Qualité	20
Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)	21
Fonctionnement	23
Constitution	10
Président	11
Fonctionnement	12
Moyens	14
Règlement intérieur de la CME	14
Questions fréquemment posées	30
Annexes	36
Organismes professionnels adhérant au CLAHP	37
Exemple de règlement intérieur de CME	38
Obligations des établissements sur lesquelles la pratique de ses praticiens a un impact	42
Textes de référence : loi, décrets, arrêtés, circulaires	46
Liste des présidents de conférence régionale de CME	47
Remerciements	48

Préambule : histoire, évolution, grands principes, travailler ensemble

La conférence médicale d'établissement est née de la volonté du législateur, en 1991, de reconnaître le collectif médical des établissements privés. Force est de reconnaître que les CME ont effectivement eu du mal à se structurer. Mais comment pouvait-il en être autrement quand la loi leur a donné et reconnu trois missions.

● La première

Veiller à l'indépendance professionnelle des médecins. Mais il s'agit là d'une mission qui était déjà du ressort de l'institution ordinale.

● La deuxième

Donner un avis sur les prévisions d'activité des établissements. Or, ce n'est qu'en 1996, via les ordonnances Juppé, que les établissements ont été obligés de présenter leurs prévisions aux autorités de tutelle.

● La troisième

Participer à l'évaluation des soins. Or, le décret sur l'évaluation a été publié au Journal officiel le 29 décembre 1999 et il a fallu attendre 2005 pour que la CME joue un rôle pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans ces conditions, comment peut-on s'étonner que les CME se soient difficilement mises en place ?

Les ordonnances Juppé ont conduit à la mise en place d'instances en charge des vigilances où la CME ne disposait que de strapontins en y désignant un représentant, mais sans avoir aucune fonction de pilotage ou de co-pilotage. C'est seulement lors de la mise en place de la seconde procédure de certification en 2005-2007 que l'on commence à s'intéresser au pilotage médical dans sa dimension collective.

Tout ceci finalement n'avait que peu d'impact, car la structure même des cliniques souvent tenues par les médecins, leur permettait de tirer leur épingle du jeu. Les années passant, commençaient à poindre au sein même des établissements deux communautés médicales avec des médecins actionnaires et des médecins non actionnaires de plus en plus nombreux.

Aujourd'hui le paysage a beaucoup changé, avec

l'avènement des groupes. Cette configuration implique une relation nouvelle gestionnaires/praticiens. C'est dans ce contexte qu'est née la loi HPST et les décrets qui en découlent, décrivant de vraies missions pour la CME. Ces missions relèvent à la fois de simples avis, mais également constituent les bases d'une nouvelle gouvernance au travers de la gestion des risques associés aux soins.

La gestion des dossiers au sein d'établissements de santé privés par les médecins libéraux est un aspect spécifique de la gestion des risques et de la sécurité des patients et il est nécessaire qu'ils soient renseignés sur le fonctionnement permettant de gérer les données des patients en toute transparence par les médecins.

Parallèlement, les spécialités se sont organisées au travers de la procédure d'accréditation des médecins, dès 2006 pour les spécialités dites à risque, mais également au travers des organismes de formation pour l'ensemble des spécialités.

Aujourd'hui la parution des textes sur le Développement Professionnel Continu (DPC), qui englobe très largement les praticiens et les personnels paramédicaux des établissements, ouvre un large champ de réflexion sur les démarches d'amélioration des pratiques en équipe.

Aujourd'hui la loi de modernisation de santé, ses multiples décrets d'applications, et les dernières LFSS 2017 et 2018, ont modifié le rôle des CME. Il est donc apparu opportun de moderniser ce guide des relations directions-CME, au vu de ce nouvel éclairage et de la Stratégie Nationale de santé qui se profile et pour laquelle nous avons d'ores et déjà les principales orientations. Qualité sécurité du patient, pertinence et le parcours de soin sont des maître-mots qu'il faudra s'approprier tant au sein des établissements qu'au-delà des établissements.

Missions

1. Participation des médecins au projet médical d'établissement

2. Implication dans la politique de gestion des risques

3. Relations avec les usagers

4. Participation à la démarche Qualité

5. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

Participation **des médecins** au projet médical d'établissement

Chaque établissement de santé doit disposer d'un projet médical qui sert de socle au projet d'établissement. La CME a pour devoir de participer activement à l'élaboration de ce projet médical. Chacun des médecins contribue à l'élaboration du projet de sa spécialité. La CME et l'établissement veillent à l'inscription cohérente de ces contributions dans le projet d'établissement. Cette démarche concourt à l'avis que la CME doit donner sur le projet médical.

La politique médicale de l'établissement est déclinée dans le projet médical, dans les différents documents formalisés en interne et en externe portés par le corps médical. Ainsi, la CME en donnant son avis sur la politique médicale de l'établissement se prononce sur :

- **Les missions de service public** et autres contrats (CPOM) ou avenants conclus entre l'établissement et l'Agence Régionale de Santé, qui ont nécessairement des répercussions directes ou indirectes sur l'activité médicale ;
- **Le fonctionnement général de l'établissement**, via le règlement intérieur, les projets de travaux et acquisition d'équipements ;
- **Le déploiement** de nouvelles techniques ;
- **Les conditions d'accueil** et de prise en charge des patients ;
- **Les recrutements médicaux** et réorganisations d'activités à prévoir en fonction des orientations stratégiques.

La participation des membres de la CME aux réunions, comités de pilotage et autres instances de réflexions et d'actions est nécessaire. Il s'agit, pour le corps médical, au travers des missions allouées règlementairement à la CME, de participer à l'amélioration de la prise en charge des patients et des conditions d'exercice.



Voir en annexe : Obligations des établissements sur lesquelles la pratique des praticiens a un impact.

Implication dans la politique de gestion des risques

Le représentant légal de l'établissement de santé, **après concertation avec le président de la CME**, arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Cette organisation vise :



À mettre en œuvre des **actions de formation** des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement.



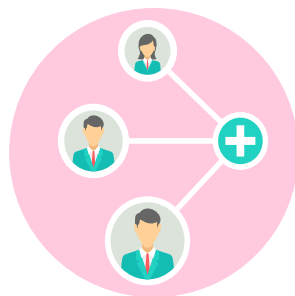
À disposer d'une **expertise** relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables graves.



À permettre à la CME de disposer des éléments nécessaires pour **proposer le programme d'actions**, assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les EIAS.



À permettre à la CME de disposer des éléments nécessaires à **l'élaboration d'un bilan annuel** des actions mises en œuvre.



À **assurer la cohérence de l'action** des personnels qui participent à la lutte contre les EIAS.



À permettre à la CME de disposer des éléments relatifs à **la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance** et à assurer la cohérence de l'action des personnes qui assurent une activité transfusionnelle.

En concertation avec la CME, le représentant légal de l'établissement :

- **Désigne un coordinateur** de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à remplir les missions précitées.
- **Arrête les mesures à mettre en œuvre** dans le cadre du programme d'action du champ de leur compétence.

Conseil

Il est recommandé, pour une meilleure organisation, que le représentant légal désigne en concertation avec la CME, une cellule de coordination comprenant plusieurs coordinateurs. Ces coordinateurs ne sont pas obligatoirement des médecins.

Selon les recommandations de la HAS « *cette vision managériale implique une coordination favorisant la coopération constante et le partage d'informations essentielles avec les gestionnaires des différents domaines de risques, la CME, les directions des ressources humaines, les services techniques, achats et logistique.* »¹

La lutte contre les infections nosocomiales (IN)

Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 + circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 + Décret n°2017-129 du 3 février 2017

Au sein de chaque établissement une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée notamment de médecins ou pharmaciens et de personnel infirmier, en lien avec le coordonnateur ou la cellule de coordination pour la gestion des risques associés aux soins. Elle est désignée par le représentant légal de l'établissement après concertation avec le président de la CME :

- **Assiste la CME** dans la proposition des actions de lutte contre les IN et dans l'élaboration des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces mesures.
- Les membres de cette équipe reçoivent **une formation adaptée** à l'exercice de leur mission. Ils ont accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, qui leur sont nécessaires.
- **Établit un bilan** des activités de lutte contre les IN.

Le recueil d'information concernant les IN est organisé selon les modalités définies par la CME.

La CME donne son avis au responsable de l'établissement sur le professionnel de santé chargé de leur déclaration aux autorités sanitaires ainsi que son suppléant.

Le président de la CME au même titre que le représentant légal de l'établissement doit être informé de la transmission de la déclaration d'IN auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS).

La CME nomme en concertation avec le représentant légal de l'établissement un médecin délégué, par exemple un médecin coordonnateur de l'IN, qui soit intégré au sein de l'EOH. Cela permet d'établir une interface avec la CME.

La politique du médicament et des dispositifs médicaux (DM) stériles

Décret n°2010-1030 du 30 août 2010 + Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 + instruction interministérielle n°DSS/A1/CNAMPTS/2017/234 du 26 juillet 2017+ article 57 de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

La CME est associée à la procédure de contractualisation du CAQES au sein de l'établissement de santé, elle rend un avis préalablement à la signature du contrat avec l'ARS sur cette annexe.

Ainsi, elle élabore :

- **Un programme d'actions**, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments notamment des antibiotiques et des DM stériles.
- **Des préconisations** en matière de prescription des DM stériles et des médicaments notamment les antibiotiques.

Pour assurer la mise en œuvre du programme et des préconisations indiquées précédemment, le représentant légal de l'établissement de santé en concertation avec le président de la CME :

- Désigne un référent en antibiothérapie qui assiste la CME dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures.
- Organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une action de coopération.
- **Un bilan annuel ou pluriannuel** des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des DM stériles, basées notamment sur l'analyse des événements indésirables déclarés.
- **La liste des médicaments et DM stériles** dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement.
- **Contribue aux travaux** du Réseau Régional de Vigilance et d'Appui (RREVA).

Parmi la liste exhaustive d'indicateurs complémentaires facultatifs prévu au CAQES (engagements complémentaires) : le suivi des prescriptions et des indications hors GHS par la CME.

Dans ce cadre, l'établissement présente à la CME le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des médicaments ainsi que des prescriptions des DM hors GHS, accompagné, le cas échéant, de leur argumentaire.

Conseil

Il est recommandé que le référent en antibiothérapie soit désigné par le représentant légal de l'établissement en concertation avec la CME.

La CME joue un rôle dans la mise en jeu de la stérilisation. Le président de CME peut soumettre des propositions au directeur, administrateur du GCS ou représentant légal de l'établissement assurant la définition d'un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des DM dans le respect des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière et des normes techniques.

Ce système décrit l'organisation, les procédures et les moyens permettant de garantir l'obtention et le maintien de l'état stérile des DM jusqu'à leur utilisation et précise les procédures assurant que l'ensemble des DM devant être stérilisés sont soumis à un procédé de stérilisation approprié et que les DM à usage unique ne sont pas réutilisés.

Le directeur, l'administrateur du GCS ou le représentant légal de l'établissement désigne en concertation avec la CME un responsable du système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation. Ce responsable est chargé de missions suivantes :



Proposer, mettre en œuvre et évaluer le système permettant **d'assurer la qualité de la stérilisation.**



Rendre compte à la direction de l'établissement, à la CME **du fonctionnement du système** permettant d'assurer la qualité de la stérilisation.



Proposer à la direction de l'établissement, à la CME **les améliorations qu'il estime nécessaires**, basées notamment sur l'analyse des événements indésirables déclarés.

Information médicale - dossier médical - système de signalement

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 + Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 + Décret n°2017-631 du 25 avril 2017 + Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016

Information médicale

La CME veille à la préservation de la confidentialité des données médicales nominatives comprenant notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

La direction est tenue de formuler un avis fondé sur des paramètres objectifs.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la CME et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées.

Dans le cas où une activité de soins est exploitée en commun par un GCS, le médecin responsable de l'information médicale transmet également les informations nécessaires à l'analyse de cette activité à l'administrateur du groupement.

La CME donne son avis sur les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales dont le recueil et le traitement ont un caractère obligatoire, ou recueillies à l'initiative de l'établissement, et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations.

La CME reçoit la communication des statistiques de caractère non nominatif, préalablement à la transmission aux services centraux ou déconcentrés du ministère de la santé et de la sécurité sociale et aux organismes d'assurance maladie ainsi qu'aux ARS. Ces données proviennent de données fournies par les praticiens et transmises par le médecin responsable de l'information médicale, le représentant de l'établissement ou, pour les activités de soins exploitées en commun par un GCS autorisé à facturer les soins, l'administrateur du groupement adresse des statistiques.

Dossier médical

Conformément aux dispositions du code de déontologie, la CME désigne un médecin qui en l'absence du médecin responsable de la prise en charge du patient assure la communication des informations relatives à la santé du patient. Cette information peut également être délivrée par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement.

Système de signalement

La CME doit participer au développement de la culture de la déclaration des événements indésirables, données essentielles au fonctionnement du schéma qualité - gestion des risques/sécurité du patient.

La CME doit participer activement à la diffusion de la culture du signalement des événements indésirables.

Conseils

Un rapport annuel d'analyse des événements indésirables liés au système d'information est porté à la connaissance de la CME, afin d'explorer les pistes d'améliorations.

Le programme de gestion des risques s'appuie notamment sur les « Solution sécurité patient » (SSP) publiées par la HAS et issue du travail des OA
Accréditation à partir des EIAS déclarés par leur adhérent. Chaque SSP est accompagnée d'une grille d'évaluation très utile à la préparation de la procédure d'Accréditation.

Selon l'instruction N°DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients précise les modalités de déclaration et de gestion de ces événements indésirables graves associés à des soins en application des articles L.1413-14, R.1413-67 et suivants.

Tout professionnel de santé ou tout représentant légal d'établissement de santé ou d'établissement et service médico-social (ESMS), qui a constaté un événement indésirable grave associé à des soins (EIGS) réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au DGARS. Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration faite dans le cadre des autres vigilances.

Il est recommandé de mettre en place une charte sur la procédure à suivre concernant la déclaration d'un EIAS survenu dans l'établissement, ainsi qu'une charte d'incitation à la déclaration des EIAS (charte de non punition).

Lettre de liaison

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge liaison est obligatoirement remise au patient. Elle peut être remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

Dans le cadre du respect relatif au secret médical et au droit d'information du patient, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant, et le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

Conformément aux dispositions du code de déontologie², cette lettre contient les éléments suivants :



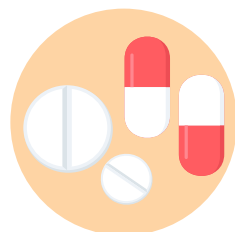
Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation.



Motif d'hospitalisation.



Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable.



Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement.



Annonce, le cas échéant, **de l'attente de résultats d'examens** ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison.



Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

La CME doit participer activement à la diffusion de la culture du signalement des évènements indésirables.

Il est recommandé de joindre une charte sur la procédure à suivre concernant la déclaration d'un EIAS survenu. Le médecin traitant est informé par cette lettre après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

L'établissement met tout en œuvre pour que cette lettre de liaison soit intégrée au système d'information de l'établissement afin de faciliter cette obligation.

Conseil

La CME doit sensibiliser les praticiens sur la lettre de liaison et son importance. Il est également recommandé que le dossier puisse être consulté par le médecin traitant tout au long de la prise en charge du patient sous la condition que soit respecté les droits d'accès des différents médecins.

La lutte contre la douleur

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) a pour mission de coordonner les actions de lutte contre la douleur menée au sein de l'établissement.

Ce comité définit la politique de lutte contre la douleur en déterminant des objectifs et l'élaboration du programme d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur. Il met en œuvre des moyens de lutte contre la douleur ainsi que des actions d'information et de formation.

Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Ces moyens sont pris en compte par le CPOM.

Un coordinateur de la gestion des risques associés aux soins participe à l'élaboration par la CME du programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins, dans notamment le domaine de prise en charge de la douleur.

Conseils

Le CLUD prend en compte l'opinion des usagers via l'intervention d'un représentant identifié au sein du comité.

Il est recommandé de tenir une réunion annuelle ou biennale soit réalisée avec l'ensemble des responsables des différentes commissions de l'établissement afin que des recommandations soient établies dans chaque domaine, basées notamment sur l'analyse des évènements indésirables déclarés.

Lors de ces réunions doivent être notamment présents un médecin de chaque commission ainsi que le personnel administratif associé à la qualité. Un référent douleur peut également participer à ces réunions.

Ces réunions ont pour avantage de réaliser un suivi et de prévoir des missions d'ensemble.

Les autres dispositifs de vigilance

Hémovigilance

Décret n°2017-885 du 9 mai 2017 + Décret n°2017-631 du 25 avril 2017 + Décret 2014-1042 du 12 septembre 2014

R1221-32 : Les CME peuvent proposer des actions sur la mise en œuvre de l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle. Les coordinateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, placés auprès du DGARS sont chargés de suivre la mise en œuvre de ce sujet.

R1221-32 : Les CME doivent élaborer des comptes rendus, rapports et autres documents intéressant la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance. La CME organise des séances intéressant la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance dans les établissements.

R1221-44 : Le correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle désigné par le représentant de l'établissement ou par l'administrateur en cas de GCS n'intervient qu'après avis de la CME.

R1221-44 : Pour les GCS de moyens ou érigé en établissement de santé autorisés à gérer un dépôt de sang, le correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est désigné par l'administrateur du groupement après avis de la CME.

R1221-45 : Les CME contribuent par leurs études et propositions à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés dans les établissements de santé où elles sont constituées.

R1221-45 : Les CME transmettent les propositions, avis, études et rapports annuels d'activité aux instances constituées au sein du GCS et chaque établissement de santé membre de celui-ci.

R1221-48 : La CME peut saisir le coordinateur régional d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'ANSM de toute question relative à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance dans l'établissement de santé.

Il est recommandé que la CME délègue et nomme en concertation avec le représentant légal de l'établissement un référent médecin hémovigilance - accompagné d'un adjoint - qui seront les référents pour la CME sur ce domaine.

Matérovigilance

Décret n°2012-1483 du 27 décembre 2012.

La CME peut prendre part et donner son avis sur la procédure écrite selon laquelle les données nécessaires à l'exercice de la traçabilité sont recueillies conservés et rendues disponibles.

Système local de vigilance en AMP

Décret n°2017-544 du 13 avril 2017

La CME est informé des incidents via le système local de vigilance en AMP.

Système local de biovigilance

Décret n°2016-1622 du 29 novembre 2016

La CME est informé des incidents via le système local de biovigilance.

Le développement professionnel continu (DPC)

Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 + Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011+ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de DPC. Les orientations pluriannuelles prioritaires de DPC sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La CME fait partie des instances assurant la promotion de programmes de DPC pouvant être suivis par les médecins de l'établissement ainsi que d'autres professionnels.

Il est recommandé que la CME donne des informations larges sur la possibilité de DPC pouvant être affectée à l'ensemble des praticiens de l'établissement en singulier ou collectif tout en garantissant l'indépendance du choix du médecin en matière de DPC

Le Service public hospitalier (SPH)

Article 99 de la LMSS+ Décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016³

La conférence médicale d'établissement doit donner un avis conforme pour qu'un établissement de santé privé puisse être habilité à assurer le SPH.

Un établissement de santé privé assurant la SPH doit notamment développer, à la demande de l'ARS et, après avis de la CME, des actions de coopérations avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec des professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé.

Il est recommandé que la CME s'organise en sous-commission par spécialité afin qu'une spécialité concernée par le SPH puisse refuser d'y participer.

Représentation

Au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : au moins un président de CME sur les deux représentants des établissements privés de santé à but lucratif, désignés par le DGARS sur proposition de la fédération représentant ces établissements appartiennent au collège des offreurs de service de la CRSA.

Au sein de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) : deux représentants des établissements de santé privés à but lucratif, dont un représentant de la CME est membres de la CSOS.

Au sein de chaque collège de Conseil territorial de santé (CTS) : il est prévu au plus trois présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement, désignés sur proposition de la fédération qui les représente.

Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle

[Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006](#)

Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée.

Dans le cadre des référentiels de qualité des soins ou de pratiques professionnelle, les organismes agréés par la HAS ont pour missions notamment de réaliser des visites sur place en accord avec le responsable de l'établissement de santé, après information de la CME.

Relation avec les usagers

Décret n°2005-213 du 2 mars 2005⁴ + Décret n°2016-726 du 1er juin 2016⁵

La commission des usagers (CDU) participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la CME.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la CME.

La CDU peut proposer un projet des usagers qui s'appuie sur les rapports d'activité présenté par la CDU. Ce projet exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La CME contribue à son élaboration.

La CDU doit être composée du président de la CME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette CME.

Le président de la CME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette CME doit participer à la CDU.

Dans les GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la CDU peut comporter notamment un médecin et son suppléant choisis par et parmi les médecins membre des conférences médicales des établissements de santé membres du groupement.

La CME désigne un praticien qui exercera les missions du médiateur médecin lorsque celui-ci et son suppléant sont concernés par une plainte.

Conseils

Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Ainsi, pour chaque RMM, il est recommandé de recueillir un écrit du patient, de ses proches ou de la personne de confiance, sur le vécu de l'évènement.

Il est recommandé de créer un comité d'éthique non entièrement composé de médecins dont le rôle est de mener une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

⁴ Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique.

⁵ Décret n°2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.

Participation à la démarche **qualité**

Ce guide prend tout son sens avec la procédure de certification qui s'impose aux établissements depuis l'année 2000.

Quel qu'en soit la version, les deux objectifs principaux sont l'autoévaluation du management et l'autoévaluation du parcours patient.

Le présent guide permet à une CME et à l'établissement de disposer d'un canevas pour appréhender les attentes de la HAS lors de la procédure de certification.

Il est bien entendu qu'au travers de la méthode du « patient traceur », la bonne tenue du dossier médical sera regardée de près, ainsi que l'organisation de la sortie du patient et son inscription dans un parcours de soins sécurisé.

Il est bien entendu qu'au travers des audits de processus, les évaluations des pratiques professionnelles restent fondamentales mais, ce sont les démarches en équipe pluri disciplinaires et pluri professionnelles qui seront valorisées.

D'une façon plus globale, des passerelles entre certification, accréditation des médecins et développement personnel continu (DPC) vont se mettre en place, et le travail effectué dans l'un des cadres sus-cités sera reconnu pour l'une ou l'autre de ces exigences. Il appartiendra à la CME d'assurer cette cohérence pour les médecins de l'établissement.

Enfin, la certification est regardée de près par les ARS et le niveau de certification peut influencer sur les autorisations, et les négociations des CPOM.

Le contrat **d'amélioration** de la qualité et de l'efficacité

Présentation

Ce contrat remplace les contrats d'objectifs existants portant sur les produits de santé (CBU, CAQOS, PHMEV-LPP, liste en sus), les transports (CAQOS transport), la pertinence et la qualité des soins.

Il prend la forme d'un contrat socle, obligatoire pour tous les établissements (regroupant notamment les dispositions des anciens CBU, CAQOS PHMEV-LPP et liste en sus) et de trois volets additionnels facultatifs portant que la pertinence des soins, les transports et la qualité et la sécurité des soins. Ce dispositif va permettre d'harmoniser les pratiques et faciliter la mise en œuvre de la contractualisation avec les établissements.

Malgré l'existence d'un contrat-type, une marge d'adaptation des contrats est laissée à l'initiative des parties et chaque établissement signera un contrat qui reflète son activité, ses marges de progression et ses objectifs propres.

Le législateur a souhaité donner une valeur législative à l'action de la CME lors des discussions et du suivi du CAQES : L'article L. 162-30-2 a été complété par : « Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. »

CAQES et CME

La CME est associée à la procédure de contractualisation du Caqes au sein de l'établissement de santé, en donnant un avis préalablement à la signature du contrat entre l'établissement et l'ARS. La CDU peut également être associée à la procédure de contractualisation au sein de l'établissement de santé.

L'établissement met de façon générale en place un programme d'action déclinant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients, en concertation avec la CME. Ce plan d'action prend en compte la liste des objectifs et indicateurs régionaux et des indicateurs régionaux. Pour cela, est réalisée une présentation annuelle du bilan des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité à la CME.

La CME joue un rôle dans le suivi des prescriptions et des indications hors GHS : L'établissement présente à la CME le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des médicaments hors GHS ainsi que des prescriptions des dispositifs médicaux hors GHS, accompagné le cas échéant de leur argumentaire.

L'établissement met également en place un programme d'actions « pertinence » déclinant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients, notamment en rapport avec les orientations régionales définies par l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). De la même manière, le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) met en avant l'optimisation de la pertinence des soins à travers la détermination de priorités régionales et l'établissement d'un plan d'actions en termes de pertinence des soins.

La réalisation des objectifs du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle effectuée conjointement par l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie sur la base des données disponibles. Lorsque cette évaluation nécessite un retour au dossier médical, le directeur de l'établissement peut désigner, sur proposition du président de la CME, un ou plusieurs professionnels de santé exerçant au sein de l'établissement évalué pour assister aux échanges et répondre aux demandes des évaluateurs.

• Conclusion •

Les missions des CME sont toujours centrées principalement sur la gestion des risques et la sécurité du patient. Cela fait partie fondamentalement de notre exercice quotidien et du service rendu à nos patients.

L'encadrement réglementaire pointilleux ne favorise pas la fluidité des relations entre les directions d'établissements et les praticiens. Il appartient aux deux partenaires d'agir en concertation dans le cadre d'un dialogue permanent. Leur destin est commun et cette communauté doit être pleinement assumée.

Cette nouvelle édition intègre les évolutions du système de santé et met l'accent à nouveau sur le rôle essentiel du binôme Direction - CME.

Aujourd'hui, l'hospitalisation privée doit sortir de ses murs et s'inscrire dans la logique des parcours de soins et dans la territorialité.

Nombre de praticiens exercent à la fois en ville et dans l'établissement. Il faut mettre à profit cette double compétence pour définir et organiser de manière pertinente nos parcours de soins.

A l'instar des GHT, nos établissements développent des organisations territoriales et installent des consultations avancées. Les médecins proposent des modèles de prise en charge globale des patients.

Il convient de renforcer nos synergies et de préparer en concertation l'exercice de demain. La territorialité est au centre des préoccupations des tutelles. L'évaluation réglementaire va nécessairement suivre, il sera temps alors de procéder à une nouvelle actualisation de ce guide. ■

Fonctionnement

1. Constitution

2. Président

3. Fonctionnement

4. Moyens

5. Règlement intérieur de la CME

La fonction de Président de CME est une fonction essentielle dans la vie d'une clinique. Pour que ce travail effectué au service de la collectivité, médecins et établissement, soit viable, il faut savoir quelles en sont les missions et comment s'organiser. Le CLAHP (Comité de Liaison et d'action de l'Hospitalisation Privée) a travaillé sur le sujet et a opté pour la rédaction d'un règlement intérieur type des CME du secteur privé dont les principaux éléments sont exposés ci-après.

Les conseils qui figurent dans les encadrés ne sont pas issus du texte adopté par le CLAHP, mais sont des conseils pratiques qu'il nous a paru utile de donner.

Constitution

- **Les praticiens** qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale.

- La CME peut s'adjoindre **des membres invités**.

Il est souhaitable que le représentant légal et / ou le directeur de l'établissement soit par ailleurs périodiquement invité à participer aux travaux de la CME, et réciproquement que le président de la CME soit périodiquement invité à participer aux réunions de l'organe de direction de l'établissement.



Conseil

Il est vivement conseillé aux Présidents de CME de se rapprocher de la direction de l'établissement afin d'analyser avec elle les résultats et les prévisions budgétaires, préalablement à la réunion de la CME appelée à se prononcer sur ces sujets.

Président

Modalités d'élection

La CME définit le mode d'élection du président. Le président est élu parmi les praticiens qui exercent leur activité dans l'établissement. Il est élu pour une durée de **Une durée minimale de 3 ans est recommandée pour l'exercice de ce mandat ; en effet, le président de la CME doit pouvoir mettre en place des actions concrètes et en évaluer les résultats à moyen terme.**

Rôle et missions du président de CME



Convoquer la CME et fixe l'ordre du jour de ses réunions incluant les demandes des praticiens et du représentant légal de l'Établissement qui peut la consulter sur tout sujet.



Élaborer un compte rendu diffusé à l'ensemble des membres y compris les membres invités.



Élaborer un rapport annuel.



Signer les avis formulés par la CME et les transmet au représentant légal de l'Établissement.



Siéger au sein de la Commission des relations avec les usagers et au sein d'autres instances réglementaires ou désigne un représentant pour y assister.



Participer conjointement avec le représentant légal de l'établissement à l'organisation permettant la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins conformément aux articles R. 6111-2 à 4 du code de santé publique, et à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.



Présenter au représentant légal de l'établissement la proposition de programme d'actions mentionné à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique qui est voté par la CME.

Conseil

Le programme d'actions doit reposer sur des thèmes d'intérêt général de l'établissement (exemples : qualité de l'accueil et de la prise en charge, évaluation globale de la douleur telle qu'elle est perçue par les patients, respect de la confidentialité...). Ces sujets doivent s'appuyer sur des constats objectifs (exemple : nombre de réclamations orales et écrites sur la qualité de l'accueil, etc) et pouvoir faire l'objet d'actions d'amélioration quantifiables (diminution du nombre de réclamations orales et écrites sur la qualité de l'accueil, etc).

Fonctionnement

La CME définit le mode d'élection du président. Le président est élu parmi les praticiens qui exercent leur activité dans l'établissement. Il est élu pour une durée de

Règles de fonctionnement

La CME se réunit aussi souvent que nécessaire (au minimum trois fois par an) sur convocation de son président ou de son vice-président et, en cas de carence, du responsable légal de l'établissement.

Dès lors que son avis est requis, soit par des dispositions légales ou réglementaires, soit par le représentant légal de l'établissement, la CME doit s'exprimer dans un délai d'un mois dans le cadre d'un vote à la majorité simple des suffrages exprimés.

La convocation des différents membres et associés est adressée personnellement quinze jours avant la réunion par lettre simple ou par voie électronique. Elle est accompagnée de l'ordre du jour. En cas d'urgence, le délai de 15 jours peut être ramené à une durée inférieure en fonction des nécessités.

La conférence médicale ne peut délibérer valablement, que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés. Chaque membre de droit absent peut donner pouvoir à un autre membre de droit présent. Le nombre de pouvoirs est limité à cinq par membre participant.

Si le quorum sur première convocation n'est pas atteint, la conférence médicale se réunit sur nouvelle convocation, à huit jours d'intervalle ; elle peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Seuls les praticiens exerçant leur activité dans l'établissement prennent part au vote. Le règlement intérieur peut préciser les règles de vote. A titre d'exemple : par collège, par pondération en fonction du temps d'exercice, ou autre... ; les règles de majorité étant par ailleurs susceptibles d'être différentes selon le type de décision à prendre.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Conseil

Le respect de ces recommandations permet aux décisions prises en CME d'avoir une légitimité non contestable auprès du corps médical. Cependant, si les praticiens sont peu nombreux à participer aux réunions de CME, les règles de quorum risquent de contraindre à des reports de réunions et donc une démotivation de ceux qui s'impliquent. Il est donc conseillé dans ce cas, et dans ce cas uniquement, d'assouplir les règles de quorum dans le règlement intérieur, en prévoyant un vote à la majorité des présents et représentés.

Objet des délibérations

Pour donner son avis :

- **sur la politique médicale** de l'établissement ;
- **sur les prévisions annuelles d'activité** de l'établissement.

Elle procède à un vote à la majorité afin de valider :

- Son avis préalable au développement d'actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé conformément à l'article L6112-2 du code de la santé publique ;
- Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence mentionnée à l'article L. 6161-2 est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier ;
- Le rapport annuel d'activité qu'elle élabore, présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi du programme d'actions mentionné à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique ;
- Les préconisations à propos de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles, élaborée avec le pharmacien de l'établissement dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement sous forme de « livret thérapeutique », et le respect des objectifs fixés par le contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- La conférence médicale d'établissement doit donner un avis conforme pour qu'un établissement de santé privé puisse être habilité à assurer le SPH en vertu de l'article L6161-2-2 du code de la santé publique ;
- Les conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du CAQES.

Obligations de la direction de l'établissement

La CME est informée par le responsable de l'établissement :

- De la programmation de travaux, de l'aménagement de locaux ou de l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins ;
- Des bilans d'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique, survenus dans l'établissement ;
- De l'intégration de tout nouveau praticien.

La CME donne un avis sur le recrutement de tout nouveau praticien

Y compris dans le cadre d'une SELARL. Pour rappel, l'établissement doit valider l'intervention d'exercice d'un nouveau praticien indépendamment de son affiliation à une SELARL.

L'avis favorable de la CME sur le recrutement d'un nouveau praticien est sollicité par la Direction afin de faciliter l'intégration de celui-ci.

Moyens

L'établissement met à disposition de la CME, la logistique utile à la tenue des réunions.

La CME et le représentant légal de l'établissement évaluent, de concert, les moyens utiles à la réalisation des différentes missions réglementaires, y compris l'indemnisation éventuelle des praticiens participant aux missions de la CME.

Conseil

Le sujet de l'indemnisation des praticiens participant à la coordination des missions de la CME reste posé; il existe des initiatives régionales ou locales qui ont permis à ces praticiens d'obtenir de l'ARS des indemnités : il est donc conseillé de solliciter l'ARS conjointement avec la Direction de l'établissement.

Les praticiens exercent en toute indépendance et l'établissement facilite la logistique du secrétariat qui est assuré par la CME.

Règlement intérieur de la CME

La CME se dote d'un règlement intérieur. Il peut être modifié par un vote à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés, le quorum des deux tiers des membres de droit étant atteint.

Conseil

D'autres règles de quorum peuvent être prévues et modifiées si nécessaire.

Le présent règlement intérieur est porté à la connaissance de tout nouveau membre, dans le respect des dispositions de code de déontologie.

• Conclusion •

La CME doit se tenir au courant de ce qui se prépare, de l'environnement, du projet médical, de l'accessibilité aux soins, de la pertinence des actes, DPC, éthique, coordination. ■

Questions fréquemment posées

1. Comment positionner la CME par rapport à la direction ?

.....

2. Doit-on inviter la direction à assister aux réunions de la CME ?

.....

3. Faut-il inviter à la CME le médecin DIM, le pharmacien, le responsable qualité, la directrice des soins infirmiers ?

.....

4. Faut-il débattre sur tous les sujets en réunion plénière ?

.....

5. La CME est-elle « responsable » du DPC ?

6. Quelle structure juridique pour la CME ?

.....

7. La CME doit-elle assurer ou non la gestion du compte mandataire praticiens ?

.....

8. Je suis président de CME. Dois-je être assuré en responsabilité civile dans le cadre de cette fonction ?

.....

9. Gestion des situations de crise : que faire ?

1. Comment positionner la CME par rapport à la direction ?

Une CME forte représentative et structurée est une chance pour l'établissement.

Le bon fonctionnement du binôme Direction / président de CME est un marqueur de la qualité générale du fonctionnement d'un établissement.

La confusion des rôles doit être évitée. A l'exclusion de toute idée de cogestion, la CME peut, à tout le moins, apporter un regard médical pertinent et contribuer à l'élaboration du projet médical, élément essentiel du projet d'établissement.

La CME doit représenter les praticiens, faire état de leurs attentes et les aider à travailler en bonne intelligence. Ses rôles et missions sont clairement fixés par les articles R 6144-1 à R.6144-6 du code de la santé publique modifiés depuis 2010 par les différents décrets qui ont complété les dispositions antérieures.

La direction doit faire en sorte que ses impératifs de gestion et les déterminants de ses choix soient expliqués aux praticiens.

L'appropriation réciproque des questions posées est essentielle.

Conseil : Direction et CME ont des missions et des rôles complémentaires, ce qui leur permet d'agir en synergie en partageant des objectifs communs : qualité, sécurité des soins, image et attractivité de l'établissement.

2. Doit-on inviter la direction à assister aux réunions de la CME ?

La réunion doit comporter un temps médical pur mais, si l'on veut éviter de perdre du temps, il est souhaitable d'inviter la Direction, en tant que de besoin, afin d'aborder de manière concertée tous les problèmes du moment. Il est recommandé que la direction soit présente aux assemblées générales.

Conseil : En dehors des réunions et / ou des assemblées générales annuelles, il est recommandé d'organiser des rencontres régulières entre la direction et le président de la CME aux fins d'informations réciproques.

3. Faut-il inviter à la CME le médecin DIM, le pharmacien, le responsable qualité, la directrice des soins infirmiers ?

En qualité de médecin exerçant dans l'établissement, le médecin DIM est membre de droit de la CME.

Compte tenu des missions dévolues à la CME la présence, en fonction de l'ordre du jour, du pharmacien, de la directrice des SI (soins infirmiers) et du responsable qualité peut être opportune.

4. Faut-il débattre sur tous les sujets en réunion plénière ?

La réponse est non. Les travaux réalisés en amont, notamment dans le cadre des collèges de spécialité, des Comités des Vigilances et des Risques (COVIR), du conseil de bloc, du comité d'éthique.....doivent être simplement tracés et rapportés en séance plénière, où ils pourront éventuellement faire l'objet d'amendements avant validation par la CME et annexés au rapport.

Les informations à caractère médico-économique, l'élaboration du projet médical, et la présentation du projet d'établissement doivent avoir la plus large diffusion afin d'encourager la participation des praticiens à la vie de l'établissement.

5. La CME est-elle « responsable » du DPC ?

Les dispositions réglementaires prévoient que « la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- Le plan de développement professionnel du personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique salarié de l'établissement ;
- Pour la HAS, la CME coordonne le DPC dans l'établissement. »

Conseil : La CME se doit d'accompagner et de faciliter la démarche de DPC et l'interfacer de manière optimale avec les processus de certification. En secteur libéral, chaque praticien est libre de choisir l'organisme de DPC enregistré à l'OGDPC qui lui convient.

6. Quelle structure juridique pour la CME ?

Première option :

La CME est une simple association non déclarée (association de fait) mais dans ce cas, en l'absence de statuts ou de règlement intérieur, il est conseillé de les élaborer à partir de la recommandation du CLAHP sur le règlement intérieur (voir en annexe) et de les faire valider par les praticiens réunis en assemblée générale. Il convient de préciser notamment les modalités de désignation du bureau, du président, la durée des mandats, les conditions de renouvellement, la fréquence des réunions, les modalités d'élaboration de l'ordre du jour, la tenue des procès-verbaux.

Les statuts ou le règlement intérieur sont bien entendu modifiables en fonction du contexte en respectant, si elles existent, les règles validées auparavant ou en établissant de manière claire ces dernières.

Sous cette forme, la CME peut percevoir uniquement des cotisations de ses membres.

Deuxième option :

L'option « loi de 1901 » confère à la CME le statut de personne morale.

L'association loi du 1^{er} juillet 1901 » acquiert la capacité juridique dès lors qu'elle a été rendue publique par ses fondateurs, par insertion au Journal officiel (éditions Associations), sur production du récépissé de déclaration à la préfecture (L. 1^{er} juillet. 1901, art. 5 al. 4).

L'association prend en charge les missions réglementaires de la CME (comme dans la première option).

Lorsqu'elle est déclarée, l'association possède la capacité juridique (on dit aussi qu'elle a la « personnalité juridique » ou la « personnalité morale ») ; elle pourra ainsi notamment, comme le précise l'article 6 de la loi du 1^{er} juillet 1901 :

- Ester en justice ;
- Recevoir des dons, des subventions de l'Etat, des régions, des départements ou des communes ;
- Percevoir les cotisations de ses membres ;
- Embaucher des salariés (secrétariat par exemple) ;
- Contracter des assurances.

Elle peut également posséder et administrer :

- Le local destiné à l'administration de l'association et à la réunion de ses membres (à défaut d'en être propriétaire, elle peut évidemment le louer) ;
- Les immeubles strictement nécessaires à l'accomplissement de l'objet fixé par ses statuts. Ces dispositions limitent la capacité des associations déclarées à posséder des immeubles.

En contrepartie, cela oblige la CME à respecter les règles opposables aux associations déclarées, notamment la tenue d'un registre des A.G. avec rapport annuel du trésorier.

Des modèles de statuts existent pour les deux formes.

Conseil : Quelle que soit la forme retenue, il est conseillé d'organiser la CME en collèges de disciplines représentatives des activités essentielles de l'établissement. Il est possible de regrouper les spécialités moins bien représentées en collèges pluridisciplinaires. Il est important que le président et les membres du bureau exercent de manière principale leur activité dans l'établissement. Il convient d'assurer par ailleurs une représentation suffisante des médecins exerçant à temps partiel. Il est opportun enfin, de prévoir une représentation des médecins correspondants généralistes et spécialistes exerçant dans le périmètre de l'établissement.

7. La CME doit-elle assurer ou non la gestion du compte mandataire praticiens ?

Selon les termes de la Convention nationale des médecins, les honoraires des praticiens n'ayant pas opté pour l'encaissement direct, sont versés sur un compte mandataire, compte indépendant de celui de l'établissement.

La CME peut assurer la gestion de ce compte, et il est préférable de le faire dans un cadre précis inscrit dans les statuts. Dans ce domaine, le recours à un expert-comptable dans le cadre d'une association loi de 1901 est la meilleure option.

Il est possible par ailleurs, de créer une association 1901 dédiée qui a l'avantage de pouvoir, par exemple, contracter une assurance « prévoyance collective », faire une avance de trésorerie à un confrère en difficulté ou assurer le financement d'une assistance juridique, etc.

Il est également possible de déléguer la gestion du compte mandataire à l'établissement.

Les praticiens sont tous membres de la CME, mais seuls les praticiens ayant opté pour le compte mandataire seront membres de l'association dédiée. Cette distinction claire permet d'éviter toute contestation de la part des membres de la CME qui ne font pas appel au compte mandataire.

8. Je suis président de CME. Dois-je être assuré en responsabilité civile dans le cadre de cette fonction ?

Il convient de signaler à votre compagnie d'assurance que vous exercez la fonction de président de CME, de lui communiquer, si la demande vous en est faite, les statuts ou le règlement intérieur de la CME et d'obtenir une notification de l'accord de la compagnie.

Une CME « loi de 1901 » peut contracter une assurance couvrant la responsabilité civile du président, notamment pour les actions non comprises dans les missions réglementaires de la CME.

9. Gestion des situations de crise : que faire ?

Conseil : La CME chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des médecins, n'est ni le Conseil de l'Ordre, ni une instance juridictionnelle civile ou pénale, ni un organisme syndical.

Un établissement privé est une zone de conflits d'intérêts potentiels.

Cela étant, CME et direction interviennent nécessairement en concertation dans de nombreux domaines :

- Projet médical, projet d'établissement, orientations stratégiques, relation avec les tutelles ;
- Permanence des soins ;
- Recrutement de praticiens ;
- Relation avec les usagers ;
- Qualité sécurité, certification, DPC.

Conseil : L'action concertée Direction/CME est une voie à privilégier. En convenir est un début, il faut vouloir agir ensemble. Nous le devons et nous le pouvons. La bonne volonté est un pré-requis mais... Les situations de crise peuvent relever de causes multiples et se déclenchent en règle générale sur un « terrain prédisposé ». Leur diagnostic et leur prise en charge précoce réduisent le risque et améliorent le pronostic.

Quelques exemples

→ Conflit entre praticiens

Il est souhaitable que le président de la CME informe la Direction.

Cette dernière pourra intervenir en cas de demande formalisée. Ne pas hésiter à demander l'avis informel ou formel, si nécessaire, du Conseil de l'Ordre.

→ Conflit praticien(s) / établissement

Il est souhaitable que la direction en informe le président de la CME.

Le binôme Direction d'établissement / Président de CME a l'obligation de tout mettre en œuvre pour que les parties en conflit se rencontrent, sans finalité obligatoire de médiation ou conciliation.

Il est souhaitable d'informer le Conseil de l'Ordre.

Le président de la CME peut demander conseil au président de la conférence régionale des présidents de CME (voir liste en annexe) ou à défaut, questionner la Conférence Nationale des Présidents de CME.

→ Conflit CME / direction

- Éviter de mettre, en première intention, « l'affaire » sur la place publique ;
- Accepter le fait que, pour aboutir à une situation bloquée, il faut être deux ;
- Faire preuve de bon sens et ne pas oublier l'existence d'un intérêt commun ;
- Respecter le règlement intérieur de la CME s'il existe et, sinon, prévoir au décours de la
- crise d'écrire et de valider une charte CME/établissement.

En cas de situation bloquée, ne pas hésiter à demander conseil et la médiation éventuelle du représentant régional de la Conférence des présidents de CME, du représentant régional de la FHP et à défaut à la représentation nationale (CNPCMEHP)

→ Crise majeure impliquant des tiers: les usagers, les tutelles, les médias.

Information réciproque, action coordonnée, communication cohérente et synchrone sont indispensables.

En cas de conflit social, neutralité et devoir de réserve de la CME s'avèrent indispensables.

Conseil : N'hésitez pas, interrogez votre prédécesseur, votre président de région, la fédération régionale ou votre représentation nationale. En situation, si vous trouvez une bonne solution pour régler un vrai problème, appliquez cette solution à tous les autres problèmes qui se présenteront.

Annexes

1. Organismes professionnels adhérant au CLAHP

.....

2. Exemple de règlement intérieur de CME

.....

3. Obligations des établissements sur lesquelles la pratique de ses praticiens a un impact

.....

4. Textes de référence : loi, décrets, arrêtés, circulaires

.....

5. Liste des président(e)s de conférence régionale de CME



Organismes professionnels adhérant au CLAHP

(Comité de Liaison et d'Action
de l'Hospitalisation Privée)

Organismes professionnels	Adresse	Téléphone	Site Internet / Adresse email
Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)	4 rue Jean Léon Jost 75017 Paris	01 53 89 32 00	www.conseil-national.medecin.fr
Ministère des Solidarités et de la Santé	14 avenue Duquesne 75007 Paris	01 40 56 60 00	www.solidarites-sante.gouv.fr
ARS Ile-de-France	Millénaire 2 35 Rue de la Gare 75019 Paris	01 44 02 00 00	www.iledefrance.ars.sante.fr
Fédération de l'Hospitalisation privée (FHP)	106 rue d'Amsterdam 75009 Paris	01 53 83 56 56	www.fhp.fr
Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée (CNPMEHP)	-	-	cnpmehp@orange.fr
Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)	79 rue de Tocqueville 75017 Paris	01 43 18 88 00	www.csmf.org
Le BLOC	6 rue Pétrarque 31000 Toulouse	06 76 97 23 72	www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org www.ucdf.net
Fédération des Médecins de France (FMF)	10 boulevard des frères Vigouroux 92140 Clamart	0810 400 492	www.fmfpro.org
Syndicats des Médecins Libéraux (SML)	40 rue Gabriel Crie 92240 Malakoff	01 53 68 01 00	www.lesml.org
FEHAP	179 rue de Lourmel 75015 PARIS	01 53 98 95 00	www.fehap.fr

Exemple de règlement intérieur de CME

Préambule

En vertu des articles L6161-2 et L6161-2-2 du Code de la Santé Publique et du décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale dans les établissements de santé privés, il est créé une Conférence Médicale d'Établissement, ci-après désignée par le sigle « CME », à la clinique, ci-après dénommée « l'établissement ».

Article 1 : Constitution

Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale.

La CME peut s'adjoindre des membres invités.

Le représentant légal et/ou directeur de l'établissement est périodiquement invité à participer aux travaux de la CME, et réciproquement le président de la CME est périodiquement invité à participer aux réunions de l'organe de direction de l'établissement.

Article 2 : Président

La CME définit le mode d'élection du président. Le président est élu parmi les praticiens qui exercent leur activité dans l'établissement. Il est élu pour une durée de

Le Président :

- Convoque la CME et fixe l'ordre du jour de ses réunions incluant les demandes des praticiens et du représentant légal de l'établissement qui peut la consulter sur tout sujet ;
- Élabore un compte rendu diffusé à l'ensemble des membres y compris les membres invités ;
- Signe les avis formulés par la CME et les transmet au représentant légal de l'établissement ;
- Siège au sein de la Commission des usagers et au sein des instances réglementaires ou désigne son représentant pour y siéger ;
- Mandaté par la CME, il participe, conjointement avec le représentant légal de l'établissement à l'organisation permettant la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en respect de la législation en vigueur ;
- Présente au responsable de l'établissement la proposition de programme d'actions mentionné à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique et voté par la CME.

Article 3 : Missions de la CME

La conférence est chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins.

Elle donne son avis sur la politique médicale de l'établissement et sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement. Ces prévisions d'activité sont communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu par la loi

Elle contribue à la définition de la politique médicale de l'établissement et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle propose au responsable de l'établissement un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi prenant en compte les informations contenues dans le rapport de la commission des usagers.

Elle est consultée sur toute demande de l'établissement tendant à être habilité à assurer le service public hospitalier.

La CME est consultée sur les matières relevant de ses attributions fixées par décret.

Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la CME est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment sur l'éthique et l'évaluation de la prise en charge, le fonctionnement de la permanence des soins et l'organisation du parcours de soins.

La CME participe à la politique de gestion des risques dans le but d'arrêter l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dans les établissements de santé. La CME doit participer activement à la diffusion de la culture du signalement des événements indésirables.

La CME nomme en concertation avec le représentant légal de l'établissement un médecin délégué, par exemple un médecin coordonnateur de l'IN, qui soit intégré au sein de l'EOH.

La CME est associée à la procédure de contractualisation du CAQES au sein de l'établissement de santé, elle rend un avis préalablement à la signature du contrat avec l'ARS sur cette annexe.

La CME veille à la préservation de la confidentialité des données médicales nominatives comprenant notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

La CME désigne un médecin qui en l'absence du médecin responsable de la prise en charge du patient assure la communication des informations relatives à la santé du patient.

La CME participe à la sensibilisation des praticiens sur la lettre de liaison et son importance.

La CME participe à la promotion de programmes de DPC pouvant être suivis par les médecins de l'établissement ainsi que d'autres professionnels.

Article 4 : Fonctionnement

La CME définit librement les modalités de son organisation. Elle peut constituer en son sein des commissions, instances, ou collègues. Elle peut constituer en son sein un bureau.

La CME se réunit aussi souvent que nécessaire (au minimum trois fois par an) sur convocation de son président ou de son vice-président et, en cas de carence, du responsable légal de l'établissement.

Dès lors que son avis est requis soit par des dispositions légales ou réglementaires, soit par le représentant légal de l'Établissement, la CME doit s'exprimer dans un délai d'un mois dans le cadre d'un vote pris à la majorité simple des suffrages exprimés.

La convocation des différents membres et associés est adressée personnellement quinze jours avant la réunion par lettre simple ou par voie électronique. Elle est accompagnée de l'ordre du jour. En cas d'urgence, le délai de 15 jours peut être ramené à une durée inférieure fonction des nécessités.

La conférence médicale ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés. Chaque membre de droit absent peut donner pouvoir à un autre membre de droit présent. Le nombre de pouvoirs est limité à cinq par membre participant.

Si le quorum sur première convocation n'est pas atteint, la conférence médicale se réunit sur nouvelle convocation, à huit jours d'intervalle ; elle peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Seuls les praticiens exerçant leur activité dans l'établissement prennent part au vote.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Elle se réunit obligatoirement au moins une fois par an :

Pour donner son avis :

- sur la politique médicale de l'établissement ;
- sur les prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

Elle procède à un vote à la majorité afin de valider :

- Son avis préalable au développement d'actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé conformément à l'article L6112-2 du code de la santé publique ;
- Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence mentionnée à l'article L. 6161-2 est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier ;

- La proposition au responsable de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi prenant en compte les bilans d'analyse des événements indésirables et les informations contenues dans le rapport de la commission des usagers prévu à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration de la qualité ;
- Le rapport annuel d'activité qu'elle élabore, présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi du programme d'actions mentionné à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique ;
- Les préconisations à propos de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles, élaborée avec le pharmacien de l'établissement dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement sous forme de « livret thérapeutique », et le respect des objectifs fixés par le contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- La conférence médicale d'établissement doit donner un avis conforme pour qu'un établissement de santé privé puisse être habilité à assurer le SPH en vertu de l'article L6161-2-2 du code de la santé publique ;
- Les conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du CAQES.

Elle est informée par le responsable de l'établissement :

- De la programmation de travaux, de l'aménagement de locaux ou de l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins ;
- Des bilans d'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L6161-2-2 du code de la santé publique, survenus dans l'établissement ;
- De l'intégration de tout nouveau praticien.

La CME donne un avis sur le recrutement de tout nouveau praticien, y compris dans le cadre d'une SELARL. Pour rappel, l'établissement doit valider l'intervention d'exercice d'un nouveau praticien indépendamment de son affiliation à une SELARL.

Article 5 : Les moyens

L'établissement met à disposition de la CME la logistique utile à la tenue des réunions.

La CME et le représentant légal de l'établissement évaluent de concert les moyens utiles à la réalisation des différentes missions réglementaires, y compris l'indemnisation éventuelle des praticiens participant aux missions de la CME.

Article 6 : Validité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur de la CME peut être modifié par un vote à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés, le quorum des deux tiers des membres de droit étant atteint.

Le présent règlement intérieur sera porté à la connaissance de tout nouveau membre.

Fait à Le

Le Président de la CME

La Direction de l'Établissement pour accord et représentation
des membres invités

En annexe du règlement intérieur : liste, tenue à jour, des membres de la CME, accompagnée des signatures de tous les membres de la CME

Obligations des établissements sur lesquelles la pratique de ses praticiens a un impact

Respect de l'autorisation d'activité de soins et des volumes (ex-OQOS => indus) ; PDS.

Respect des normes réglementaires : conditions techniques de fonctionnement par activité et équipement matériel lourd.

Respect des engagements pris dans le cadre du CPOM : « *Le CPOM détermine les pénalités applicables aux titulaires d'autorisation en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements convenus avec l'ARS : proportionnées à la gravité du manquement constaté, ne pouvant excéder 5% des produits reçus des régimes d'AM.* »

- ➔ Orientations stratégiques (déterminées sur la base du projet médical et du SRS-PRS) ;
- ➔ Conditions de garanties de la continuité des soins ;
- ➔ Objectifs assortis d'indicateurs de suivi visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- ➔ Objectifs visant à l'amélioration de la maîtrise médicalisée des dépenses et des pratiques professionnelles (il peut prévoir des actions d'accompagnement visant à améliorer la performance de sa gestion ainsi que des mesures d'intéressement aux résultats constatés ;
- ➔ Engagements du titulaire en termes de développement des SI, de transmission des données informatisées et le cas échéant, des activités de télémédecine.

Respect de l'information du patient accueilli (art. L.1111-3 et suivants du CSP) : informations sur les honoraires pratiqués et secteur d'appartenance des médecins (inscrits dans le livret d'accueil).

Obligations en matière de tenue de divers documents (tenue et conservation du dossier médical et des divers registres et comptes-rendus- art. R.1112-2 CSP).

Certification de l'établissement (art. L.6113-3 CSP) / Accréditation des médecins :

- ➔ Une procédure externe d'évaluation visant à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;

➔ L'accréditation des médecins (spécialités à risques) permet de satisfaire à l'obligation de DPC (EPP) (art. L.4133-1 et R 4133-1CSP). Dans la V2014 HAS, la certification des établissements de santé propose une démarche plus continue et synchronisée avec la démarche qualité de chaque établissements. Ainsi, elle prend davantage en compte la pertinence des soins, en liant les EPP et l'item « pertinence », au profil de risque de l'établissement ;

➔ Participation du médecin au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins élaboré par la CME (art. 5 de la loi HPST- décret n°2010-1408 du 12-11-2010) en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, chargé d'assurer sa mise en œuvre.

Analyse de l'activité de l'établissement :

➔ Transmission par les praticiens des données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité (art. L.6113-7 et L.6113-8).

Régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales remboursées sur l'enveloppe de ville (décret n°2011-453 du 22 avril 2011) :

➔ Suivi de l'évolution des dépenses de l'établissement pour respect du taux national fixé annuellement par le ministre de la santé : si ce taux n'est pas respecté, proposition de l'ARS de conclure pour 3 ans un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins avec objectif de convergence de l'évolution des dépenses de l'établissement vers le taux national : ce contrat fixe la procédure de sanction ;

➔ Reversement à la caisse d'une fraction des dépenses des médecins et inversement le reversement par la caisse d'assurance maladie d'une partie des économies réalisées.

Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (arrêté du 6 avril 2011), un des axes majeurs de la démarche globale de qualité et de sécurité des soins.

Matéiovigilance :

➔ Déclaration des incidents et risques d'incidents graves mettant en cause des dispositifs médicaux (l'article L.5212-2 du code de la santé publique). La CME peut prendre part et donner son avis sur la procédure écrite selon laquelle les données nécessaires à l'exercice de la traçabilité sont recueillies conservés et rendus disponibles ;

Signalement des évènements indésirables graves liés aux soins (L1413-14 CSP).

Déclaration des évènements porteurs de risques médicaux (L1414-3-3 CSP) : démarche volontaire des médecins dans le cadre de l'accréditation (ci-dessus).

Le CAQES (article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 - arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins - circulaire du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du Caques) : La CME est associée à la procédure de contractualisation du Caques au sein de l'établissement de santé, en donnant un avis préalablement à la signature du contrat entre l'établissement et l'ARS. La CDU peut également être associée à la procédure de contractualisation au sein de l'établissement de santé.

Le SPH (article 99 de la LMSS + Décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016) : Un établissement de santé privé assurant la SPH doit notamment développer, à la demande de l'ARS et, après avis de la CME, des actions de coopérations avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec des professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé.

Les établissements de santé privée doivent mettre en place une **organisation du parcours de soins** de manière pertinente.

Textes de référence

- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.
- Instruction interministérielle n°DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du CAQES.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.
- Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Articles R.6164-1 à R.6164-5 du code de la santé publique.
- Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique.
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Décret n°2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- L'instruction N°DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret n°2010-1030 du 30 août 2010 relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé.
- Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.
- Décret 2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain.
- Décret n°2017-885 du 9 mai 2017 pris en application de l'ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires
- Décret n°2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier.
- Décret n°2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.
- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
- Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.
- Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins.
- Décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif aux établissements de santé assurant le service public hospitalier.
- Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire).
- Décret n°2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.
- Code de déontologie médicale.

Liste des président(e)s de conférence régionale de CME

Fonction	Région	Bureau	NOM prénom	E-mail
Président de région	Alsace	-	-	-
Président de région	Aquitaine	Secrétaire	Dr JOURDAIN Olivier	olivier.jourdain@wanadoo.fr
Président de région	Auvergne	-	-	-
Président de région	Basse Normandie	-	-	-
Président de région	Bourgogne	-	Dr FABRE-AUBRESPY Loïc	loicfabre@infonie.fr
Président de région	Bretagne	-	Dr RIVOALAN Jacques	jacques.rivoallan@wanadoo.fr
Président de région	Centre	-	Dr BAR Olivier	o.bar@ciic.fr
Président de région	Champagne-Ardenne	Trésorier	Dr VRILLAUD Henri Georges	hgv@wanadoo.fr
Président de région	Corse	-	-	-
Président de région	Franche Comté	-	Dr PETITEAU Yves	py.petiteau@wanadoo.fr
Président de région	Haute Normandie	-	Dr AURIANT Igor	i.auriant@clinique-europe.com
Président de région	Ile-de-France	-	Dr LANOT Pierre	planot@club-internet.fr
Président de région	Languedoc-Roussillon	Président	Dr BARON Jean-Luc	drbaron@wanadoo.fr
Président de région	Limousin	-	Dr LAGET Jean	jlaget@wanadoo.fr
Président de région	Lorraine	-	Dr BRETON Christian	conference.medicale@orange.fr
Présidente de région	Midi-Pyrénées	-	Dr CHARRIOT Marie-Paule	mariepc@free.fr
Président de région	Nord-pas-de-Calais	-	Dr HOUCKE Patrick	ph.e.houcke@wanadoo.fr
Président de région	PACA	-	Dr ESCOJIDO Henri	henri-escojido@wanadoo.fr
Président de région	Pays de Loire	-	Dr HALLIGON Jean	jean.halligon@wanadoo.fr
Président de région	Picardie	-	Dr BACHELET Yves	cr.p.cme.hp.picardie@gmail.com
Président de région	Poitou-Charente	-	Dr KASSAB Michel	michel.kassab@wanadoo.fr
Présidente de région	Rhône-Alpes	-	Dr FILLEY-BERNARD Sylvie	sfilleybernard@wanadoo.fr

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce guide :

Groupe de travail coordonné par le
Pr Henri ESCOJIDO

.....
Pour la CNPCMEHP : **Dr Jean-Luc BARON**, président

.....
Pour le SML : **Dr Sophie BAUER**, secrétaire générale

.....
Pour Le BLOC : **Dr Sylvie FILLEY-BERNARD**, secrétaire générale AAL

.....
Pour la FHP :

- **Michel BALLEREAU**, délégué général
- **Emmanuel DAYDOU**, secrétaire général
- **Grégory CAUMES**, responsable des affaires juridiques
- **Laureen FOSSE**, juriste
- **Marine LAMARCHE**, juriste



 106 rue d'Amsterdam
75009 Paris

 01 53 83 56 56

 www.fhp.fr

 @La_FHP

 Fédération
de l'Hospitalisation
privée